

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909. — N° 419

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ÉRYTHÈMES SCARLATINIFORMES

A LA SUITE DE COUCHES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 Juillet 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Siméon BERNARD

Né le 25 Février 1883, à Salernes (Var).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1909



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552627_0082

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909. — N° 119

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ÉRYTHÈMES SCARLATINIFORMES

A LA SUITE DE COUCHES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 Juillet 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Siméon BERNARD

Né le 25 Février 1883, à Salernes (Var).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

DOYEN HONORAIRE : M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE
Cliniques chirurgicales		TEISSIER
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD
Clinique ophtalmologique		PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY
Clinique des maladies mentales		FABRE
Clinique des maladies des enfants		ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Physique médicale		PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Anatomie		CAZENEUVE
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE
Physiologie		GUIART
Pathologie interne		TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT
Anatomie pathologique		MORAT
Médecine opératoire		ROQUE
Médecine expérimentale et comparée		COLLET
Médecine légale		PAVIOT
Hygiène		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		ARLOING
Pharmacologie		LACASSAGNE
		COURMONT (J.)
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS,
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Propédeutique chirurgicale	MM. BÉRARD, agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND, ag.
Hygiène administrative	LESIEUR, —
Accouchements	COMMANDEUR —
Matière médicale	MOREAU —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique	PATEL —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	REGAUD	J. LEPINE	NOGIER
SAMBUC	COMMANDEUR	LESIEUR	MOUNEYRAT
COURMONT (P.)	GAYET	Etienne MARTIN	LATARGET, ch...
CHATIN	MOREL	LAROYENNE	BÉRIEL, ch...
VILLARD	NEVEU-LEMAIRE	VORON	BRETIN, ch...
TIXIER	PATEL		

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FABRE, *Président* ; COMMANDEUR, *Assesseur* ;
MM. LAROYENNE et VORON, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Le Docteur BERNARD

A MA MÈRE

*Témoignage de vive affection et de profonde
reconnaissance.*

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A MES PARENTS. — A MES AMIS

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR FABRE

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VORON

Accoucheur de l'Hôtel-Dieu.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ÉRYTHÈMES SCARLATINIFORMES
A LA SUITE DE COUCHES

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

La question des érythèmes scarlatiniformes survenant chez de nouvelles accouchées a depuis longtemps préoccupé les cliniciens.

Les polémiques se sont succédées nombreuses à ce sujet et, malgré tout, aujourd'hui encore, l'accord parfait n'existe pas, non seulement sur les points secondaires tels que la marche, les complications et le pronostic, mais encore et surtout sur la nature de cette affection. Les uns en font une scarlatine vraie, les autres pensent qu'on a affaire à une simple variété de fièvre puerpérale.

Durant les derniers mois de l'année 1908 et les quatre à cinq premiers mois de cette année 1909, il nous a été donné d'observer à plusieurs reprises à la maternité de l'Hôtel-Dieu des séries de ces érythèmes scarlatiniformes survenus dans les premiers jours qui suivent l'accouchement et ayant respecté le personnel hospitalier du service ainsi que les parturientes infectées plus ou moins qui se trouvaient déjà à l'infirmierie.

M. le professeur agrégé Voron, chef du service de la Maternité, intrigué par ces phénomènes dont il avait déjà une fois été témoin en 1907, nous confia la tâche de chercher quelle pouvait bien être l'origine et la nature de ces exanthèmes.

Que M. le professeur Fabre qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, reçoive nos remerciements pour son enseignement pendant notre passage à la Clinique obstétricale et pour l'honneur qu'il nous fait aujourd'hui.

M. le professeur agrégé Voron, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse, a droit à toute notre reconnaissance pour la confiance qu'il eut en nous. Nous garderons le souvenir de ses leçons si didactiques et si pratiques en même temps, ainsi que de son extrême amabilité.

Nos meilleurs sentiments de gratitude vont à notre père, le D^r Bernard, dont les sages conseils et l'expérience nous guidèrent pendant le cours de nos études. Nous avons su apprécier dans sa carrière le zèle et le dévouement dont il ne s'est jamais départi un instant. Puissions-nous, sous sa direction, apprendre à l'imiter.

Nous gardons le meilleur souvenir de nos maîtres dans les hôpitaux et à la Faculté et les prions d'agréer toute notre reconnaissance.

Que les amis, au milieu desquels nous avons vécu de si bonnes années soient assurés que nous ne les oublierons pas.

Nous les prions de nous conserver l'amitié qu'ils nous ont toujours témoignée.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

La première description semblant se rapprocher d'une scarlatine puerpérale est due à Welsch qui raconta une épidémie de scarlatine survenue à Leipzig chez les nouvelles accouchées en 1655.

Au XVIII^e siècle, Hamilton, Ludwig, Brioude signalèrent des faits analogues.

A Francfort, Paris, Berne, etc., éclatèrent des épidémies semblables que l'on rattachait à la fièvre miliaire.

En 1799, l'épidémie de Vienne en Autriche, nous valut les travaux de Malfati. — Cette maladie revêtit un caractère particulièrement pernicieux chez les femmes en couches.

Les morts furent nombreuses.

Nous reproduisons ici la description de Malfati traduite de l'allemand et qui se trouve dans la thèse de Durand.

« Le premier jour après l'accouchement, rien de spécial à signaler.

« Puis brusquement dans le courant du second jour et parfois du sixième et septième, les nouvelles accou-

chées étaient prises de frissons, céphalée, bourdonnements d'oreilles, suivis de malaise général et de chaleur à la peau. Le pouls devenait plus rapide et plus faible; le cou et la face rougissaient surtout au niveau des paupières; les yeux avaient souvent du larmoiement.

« Parfois survenait une toux sèche, mais fort rarement on constatait une angine. Pas de dysphagie. A la pression sur l'utérus, on déterminait une légère douleur; mais en somme le ventre restait souple et indolore. Les lochies avaient parfois une mauvaise odeur; parfois aussi elles conservaient leurs caractères habituels.

« Dans les cas qui survenaient le troisième jour, la sécrétion lactée se trouvait diminuée, les seins étaient douloureux ce qui tendait au début à faire croire à une fièvre de lait.

« La nuit suivante était tranquille. Le lendemain, vers le soir, la rougeur du visage se fonçait et s'étendait à toute la poitrine ne laissant plus de doute sur l'existence de l'exanthème.

« Il se produisait une augmentation de la toux et du malaise sans angine.

« Le pouls devenait rapide et tendu, la peau humide. La céphalée augmentait et souvent il survenait de légers saignements de nez.

« Insomnie la nuit. Hyperthermie. Accentuation de l'éruption, polydypsie sans que pour cela la langue fut devenue sèche.

« Le matin, la température baissait, les lochies continuaient, l'exanthème s'effaçait; mais vers le soir il se

fonçait beaucoup plus que la veille, et envahissait les membres.

« La température augmentait en même temps que l'inquiétude et l'agitation. L'utérus continuait à rester normal. A la nuit, tous les phénomènes s'accroissaient : insomnie, pouls à 110 et 120.

« C'est dans cet état que nos parturientes atteignaient la fin du troisième, du quatrième ou tout au plus du cinquième jour.

« L'exanthème arrivé à son maximum et quelquefois à la période de desquamation prenait une teinte livide.

« Les malades avaient une sensation de froid, du délire ou quelques convulsions. Le pouls devenait irrégulier, faible. Les membres se refroidissaient et la mort survenait au bout de deux heures.

« A l'autopsie, quelquefois le pharynx était légèrement rougeâtre.

« L'utérus était suffisamment revenu sur lui-même et sa substance ne présentait rien d'anormal.

« Cependant au col on trouvait le plus souvent quelques petites déchirures avec des traces d'inflammation. De même sur le vagin et la vulve.

« Parfois du liquide dans le péritoine. »

Malfati fit remarquer que les suites de couches sont une cause de prédisposition aux affections morbides due à la faiblesse du sujet. D'autre part, d'après les observations de cette épidémie, on voit que la scarlatine survenant dans les suites de couches ne présente pas le même aspect. On constate le plus souvent une absence d'angine.

Trousseau dans une de ses cliniques montra combien

est périlleuse l'association de la scarlatine et de l'état puerpéral :

« Il arrive, dit-il, que les femmes succombent ou bien par l'excès des troubles nerveux, sans lésions appréciables à l'autopsie, ou bien avec des phlegmasies des membranes séreuses, du péritoine, du péricarde, de la plèvre, passant rapidement à la suppuration.

« Racontant ensuite une épidémie survenue aux environs de Blois en 1828, Trousseau raconte un fait relaté par Senn :

« Les femmes grosses restaient indemnes généralement; mais trente-six à quarante-huit heures après leur délivrance, l'éruption scarlatineuse se manifestait et en quelques jours les malades étaient enlevées. L'état puerpéral compliquait donc ici d'une façon très sérieuse la fièvre éruptive. Il en était de même chez notre malade du n° 19.

« La maladie dite fièvre puerpérale régnait à Paris. Récemment l'hospice de la Maternité avait été fermé et dans nos salles de l'Hôtel-Dieu nous avions des cas de cette grave affection; des enfants nouveaux-nés avaient été emportés par des érysipèles de mauvaise nature, manifestation de la fièvre puerpérale chez les jeunes sujets. »

Trousseau parlant d'une femme de vingt-cinq ans atteinte de scarlatine quatre jours après son accouchement avec agitation, délire et oppression, explique que « cette oppression de la malade est une oppression indépendante de toute affection matérielle des voies respiratoires mais n'en est pas moins un symptôme

extrêmement grave dans un grand nombre de maladies septiques, dans la fièvre puerpérale en particulier, dans la typhoïde, le choléra, indiquant des troubles profonds de l'innervation. »

Jusqu'en 1876, les idées émises par Malfati et acceptées en France, ne le furent pas en Allemagne. Helm, en effet, dans l'*Oesterreiche Journal für praktischen Aertze* publia que les cas de Malfati n'étaient point du tout des scarlatines, mais plutôt une variété d'affection puerpérale. Comme preuve à l'appui, il disait que cette affection se voyait seulement dans les maternités infectées par la fièvre puerpérale et que de plus le décelage de la moindre cause de la contagion était très difficile pour ne pas dire impossible.

Schröder, dans son *Traité d'accouchements*, fut du même avis.

Voici du reste ce qu'il dit à ce sujet :

« Une confusion analogue existe très souvent entre la scarlatine vraie et les exanthèmes scarlatiniformes qui se rencontrent dans la fièvre puerpérale.

« Si peu contestable que soit à l'occasion la possibilité pour que des accouchées puissent être infectées par une contagion réelle et devenir malades d'une scarlatine vraie, les accouchées ne sont en aucune façon prédisposées à être infectées par ce virus, de sorte que la majorité des cas décrits comme étant des scarlatines puerpérales à forme grave, avec dermatite érythémateuse répandue par plaques, doit être considérée comme des cas de fièvre puerpérale avec cette complication du côté de la peau. »

En 1862, Retzius se montra aussi partisan de la

dualité. Evidemment il est possible, d'après lui, qu'une femme en couches contracte la scarlatine ; mais cependant dans la majorité des cas, il ne croit pas que ces scarlatines soient de véritables scarlatines, mais plutôt des formes cliniques de la fièvre puerpérale.

Guéniot, dans sa thèse parue en 1862, s'appuyant sur la bénignité des symptômes, distingua la scarlatine vraie de la scarlatine puerpérale à laquelle il donna le nom de scarlatinoïde.

Nous reproduisons le tableau où il met en parallèle les deux affections :

SCARLATINE VRAIE	SCARLATINOÏDE
<i>Phénomènes d'invasion</i> souvent très intenses.	<i>Phénomènes d'invasion</i> ordinairement légers.
Eruption affectant surtout les régions où la peau est fine et délicate, comme les aines, les aisselles, la face interne des membres.	Eruption affectant indifféremment les régions recouvertes d'une peau fine et épaisse, la face externe des membres comme leur face interne.
Eruption fréquente au visage ainsi qu'aux mains et aux pieds.	Presque jamais d'éruption au visage ni aux extrémités des membres.
Tuméfaction à peu près constante des mains, visage, pieds.	Jamais de tuméfaction des mains du visage ou des pieds.
Chaleur et sécheresse de la peau souvent très grandes.	Chaleur modérée et sécheresse nulle ou peu intense.
Pouls très fréquent, 130, 140, 160.	Pouls modérément fréquent.
Angine accompagnée souvent de tuméfaction assez considérable des amygdales et du voile du palais, ainsi que d'une exsudation blanche, caséiforme.	Angine légère. Jamais d'exsudation.
<i>Ganglions sous-maxillaires</i> souvent tuméfiés et douloureux.	Pas de douleur ; pas de tuméfaction ganglionnaire,

SCARLATINE VRAIE

SCARLATINOÏDE

<i>Langue</i> rouge à la pointe et sur les bords, puis dépouillée et hérissée de papilles rouges saillantes.	Jamais de desquamation ni de rougeur notable de la langue.
<i>Desquamation</i> épidermique presque constamment appréciable.	Desquamation fréquemment observée.
<i>Pronostic</i> grave, souvent mortel.	Pronostic bénin.
<i>Complications</i> fréquentes.	Rarement mortelle.
<i>Accidents</i> de la période de décroissance assez communs : anasarque, rhumatisme.	Complications rares.
Se perpétue par contagion, rarement spontanée.	Jamais d'accidents de la période de décroissance.
	Contagion non démontrée.
	Probablement génération spontanée.

En Irlande, Denham pense qu'il existerait entre la fièvre puerpérale, la scarlatine et l'érysipèle des relations certaines.

Halahan en 1863 dans le *Dublin medical Journal* cita de nombreux cas de fièvre puerpérale ayant toutes les principales apparences d'une éruption scarlatineuse.

Mac Clintock par contre écrivit en 1866 dans le même journal en signalant la rareté de la scarlatine puerpérale. Il n'osa cependant se prononcer sur la question de savoir si la puerpéralité modifiait oui ou non la scarlatine.

Dans le *Dublin medical Journal*, *Hardy* fut en 1868 du même avis que *Mac Clintock*, à savoir que les nouvelles accouchées n'avaient pas une plus grande prédisposition à contracter la scarlatine.

Pour prouver son dire, il citait le cas de deux femmes nouvelles accouchées n'ayant jamais eu la scarla-

tine et s'étant cependant trouvées dans les meilleures conditions pour contracter cette affection qui les laissa tranquilles.

En 1867, Hervieux, dans un article qu'il écrit dans l'*Union médicale* se montrait lui aussi partisan de l'origine scarlatineuse de l'affection, tout en considérant le pronostic comme moins grave qu'on ne l'admettait.

En outre, il expliquait la rareté de la scarlatine pendant la grossesse et sa fréquence dans les suites de couche, par cette raison que, cette fièvre éruptive prédisposant tout particulièrement à l'interruption de la grossesse, l'avortement ou l'accouchement prématuré se produisent dès le début de la maladie dont les symptômes n'apparaissent que les jours suivants.

En 1871, dans l'*Obstétrical Transaction of London*, Braxton-Sticks, publia de nombreux cas observés dans sa clientèle et crut pouvoir rattacher la fièvre puerpérale à la scarlatine dans 37 cas. Il semble, disait-il, que la scarlatine est à la tête des facteurs morbides et il s'appuyait sur ce fait que la moitié au moins des malades ont des signes caractéristiques de scarlatine tels que rash, maux de gorge, etc. ;

Il se déclara entièrement uniciste.

Il s'ensuivit une violente discussion à la Société obstétricale de Londres, discussion qui fut occasionnée par une communication de Spencer Wells, au sujet de la nature de la fièvre puerpérale.

Les avis restèrent du reste partagés, les uns se prononçant pour l'unicité, les autres pour la dualité.

En 1876, dans les *Archives de gynécologie et d'obs-*

tétrique, Olshausen identifia la scarlatine puerpérale à la scarlatine vraie. Et, pour cela, il se servit des mêmes arguments que Braxton-Hicks.

L'année d'après, Colson publia deux observations de scarlatine puerpérale qui donnèrent plus de valeur encore et de force à l'opinion d'Olshausen.

A la Société clinique, dans une réunion qui suivit, on sépara la scarlatine de l'infection puerpérale.

Il est évident, disait le rapporteur, que le typhus et la variole qui frappent une femme récemment accouchée n'ont jamais été considérés comme des accidents puerpéraux. Je ne vois pas pourquoi il en serait autrement pour la scarlatine.

En 1877, Lesage, dans sa thèse, s'est efforcé de démontrer que la scarlatine est bien en jeu dans ce qu'on appelle la scarlatine puerpérale ; mais qu'en général, la scarlatine qui se développe chez les femmes en couches, présente comme caractères particuliers, la faible intensité de l'angine et la généralisation rapide de l'exanthème.

De même, comme la majorité des auteurs français, il est pour l'immunité de la grossesse. « Bien qu'il n'existe pas pendant la grossesse une immunité absolue pour la scarlatine, celle-ci est très rare dans cet état physiologique. Il est exceptionnel de la voir se déclarer avant l'accouchement. »

Il est en cela, du même avis que Braxton-Hicks. D'après ce dernier, en effet, l'état de la grossesse allongerait sensiblement la période d'incubation de la maladie qui, bien que contractée pendant la grossesse n'éclaterait que sous l'influence du travail de la paturi-

tion. Exemple : cette femme qui, un mois avant d'accoucher, avait soigné son enfant d'une scarlatine et ne la contracta que le deuxième jour de ses couches.

En 1881, Legendre arrive dans sa thèse aux conclusions suivantes : « La scarlatinoïde puerpérale et les érythèmes dits scarlatiniformes ne sont probablement que des scarlatines méconnues, irrégulières dans leur allure. »

En 1880, Raymond est partisan dans sa thèse d'agrégation de l'origine scarlatineuse. D'après lui, il faut très probablement faire entrer la scarlatinoïde puerpérale dans la scarlatine vraie, quelle que soit la porte d'entrée du poison scarlatineux.

Voici comment s'explique Siredey au sujet de la scarlatine vraie et de scarlatinoïde puerpérale.

Parlant tout d'abord de la première :

« Nous n'avons pas, dit-il, l'intention de rappeler les divers symptômes de cette maladie. Dans certains cas, elle est absolument régulière et elle évolue comme elle le ferait chez un sujet quelconque. Dans d'autres cas elle est un peu plus vague. Si beaucoup d'auteurs ont méconnu la scarlatine vraie, c'est parce qu'ils ont oublié les formes frustes qu'elle revêt si souvent dans les conditions ordinaires.

« N'est-il pas fréquent, en effet, de voir, chez les enfants, la scarlatine se résumer à une simple angine érythémateuse ou à une éruption extrêmement fugace qui passe souvent inaperçue et que l'on distingue rétrospectivement au moment de la desquamation. Dans d'autres cas, l'angine est moins accentuée ; elle fait à peu près défaut et l'on n'a de la maladie que

les manifestations cutanées et les phénomènes fébriles. Nous avons souvent rencontré des faits analogues. Maintes fois des accouchées ayant présenté des éruptions scarlatiniformes vagues, quittaient le service guéries sans qu'il eut été possible d'établir nettement le diagnostic, et on voyait subitement se développer dans le voisinage de leur lit de petites épidémies de scarlatine.

« Si nous croyons à la fréquence de la scarlatine chez les femmes en couche, nous ne considérons nullement cette maladie comme une manifestation du poison puerpéral. Il semble que l'état puerpéral mette les femmes dans des conditions particulières de réceptivité. »

Rappelons à ce sujet que James Paget a également signalé la fréquence de la scarlatine chez les blessés en dehors de la septicémie et qu'il attribue son apparition au traumatisme.

Picot, dans un article du *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, a montré la prédisposition spéciale que l'état puerpéral paraît créer pour la scarlatine et a décrit, en détails, cette affection qui apparaît, dit-il, le plus souvent dans la première semaine qui suit l'accouchement et qui se présente suivant les sujets tantôt comme la scarlatine normale, tantôt aussi sous les formes les plus diverses, depuis l'angine légère ou la simple éruption jusqu'à l'éruption violacée, ecchymotique que l'on voit dans les cas les plus graves.

Sanné, dans le *Dictionnaire de Dechambre*, montre que la scarlatine des accouchées et la scarlatine vraie ne sont qu'une seule et même affection.

En 1888, Léopold Meyer et Boxal, chacun dans une communication sur la scarlatine puerpérale, parurent partisans de l'origine scarlatineuse de l'affection.

Quant à Mackness, qui publia la même année dans les *Obstétricales Transactions d'Edimbourg*, un article sur les rash scarlatiniformes pouvant survenir chez les nouvelles accouchées, il est d'avis que l'on a plutôt affaire à cette scarlatinoïde puerpérale dont a parlé Guéniot.

Reuvers, dans un article paru en 1890 dans le *Zeitschrift für Klinisch Medicine*, se montre partisan des idées d'Olshausen, c'est-à-dire uniciste. Cependant il se voit contraint d'écrire cette phrase qui montre combien ses observations personnelles avaient ébranlé ses idées sur la question :

« Bien que l'étude attentive des faits publiés jusqu'ici m'aient amené à partager l'opinion d'Olshausen, je ne peux, en me rappelant mes observations personnelles, me défendre de croire que des cas d'exanthèmes scarlatineux survenus pendant les suites de couches n'ont rien à faire avec la scarlatine et ne sont que l'expression d'une infection septique. »

Durand, dans un travail très complet où il se déclare polygéniste, fait remarquer la grande analogie de symptômes qui existe entre la scarlatine et certaines formes de fièvre puerpérale.

Actuellement les opinions semblent moins partagées et, à la suite des travaux des ces dernières années sur les toxines microbiennes, la majorité des auteurs admet la dualité de l'affection.

A côté des scarlatines normales chez une accouchée

ou modifiées par l'état puerpéral, il existe des érythèmes scarlatineux dus uniquement à la septicémie puerpérale. Il est, dit Wurtz, un fait important qui jette une singulière clarté sur la véritable nature de la scarlatine puerpérale. C'est que depuis l'application des méthodes antiseptiques en obstétrique, elle est devenue rarissime ou paraît être inconnue dans les maternités.

Elle en a disparu avec les accidents infectieux de la puerpéralité. Il est donc rationnel d'admettre que ces prétendues scarlatines n'étaient que des érythèmes infectieux dus aux toxines du streptocoque.

Bergé, dans sa thèse sur la pathogénie de la scarlatine soutenait en 1895 l'origine locale et streptococcique de la scarlatine et arrivait par suite à conclure à l'unité de la scarlatine proprement dite et de la scarlatine puerpérale.

En 1901, Notin, dans sa thèse intitulée, *Scarlatine et streptococcie*, arrive à ce sujet aux conclusions suivantes:

1° Le streptocoque a été trouvé dans tous les accidents secondaires de la scarlatine.

2° Le streptocoque peut aussi simuler la scarlatine.

3° Il ne peut cependant en produire tous les symptômes, et la scarlatine doit rester une entité morbide bien définie, pouvant évoluer sans trace de streptococcie.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Maternité de l'Hôtel-Dieu).

J. G..., vingt-six ans, primipare, entre à la Maternité de l'Hôtel-Dieu le 23 juin 1907, date du début des douleurs. L'accouchement, quoique naturel, a été un peu long mais n'a nécessité aucune intervention. La poche des eaux s'étant rompue le 24 à 3 heures du soir, l'accouchement a eu lieu à 4 h. 30. La délivrance s'est effectuée normalement vingt-cinq minutes après.

Le jeudi, 27 juin (soit trois jours après l'accouchement), la malade est couverte d'une éruption scarlatiniforme de teinte rouge vineuse avec maximum de coloration et d'intensité de développement sur l'abdomen, aux cuisses et dans le dos. L'éruption est apparue en quelques heures. Il est impossible de savoir quelle a été la région la première atteinte. Ailleurs, l'éruption est de type polymorphe avec sudamina nombreux. Pas de macules. La face n'est pas respectée. L'éruption est mixte à ce niveau; elle est sortie sous forme d'éruption miliaire avec érythème plus discret que sur le reste du corps.

Pas de catarrhe oculo-nasal. Pas de bronchite.

On sent *quelques ganglions sous-maxillaires*.

Pas d'albumine. T. = 38 degrés.

L'examen de la gorge marque une *rougeur diffuse des piliers, de la luette et surtout de la paroi postérieure du pharynx*.

Pas de fausses membranes aux amygdales. La langue est plutôt sale et chargée, sans changement de coloration particulière.

La *malade ne se plaint pas de son ventre*. La pression ne révèle aucun point douloureux. Les *lochies* sont de couleur et d'odeur *normales*.

29 juin. — La température monte à 39 degrés. Le pouls est à 100.

Rien de particulier du côté de l'utérus et des annexes.

30 juin. — Aucun signe de localisation. On fait un abcès de fixation.

1^{er} juillet. — L'éruption disparaît. Elle a duré cinq jours, à type scarlatiniforme généralisé à tout le corps, avec nombreux sudamina en divers endroits.

2 juillet. — La température descend à 38°2. La desquamation commence par le cou et la face sous forme de lames furfuracées, s'étend à l'abdomen, à la racine des cuisses et des bras d'où elle descend dans les membres. A ce niveau elle se fait par larges placards d'un diamètre à peu près égal à un écu de 5 francs.

A ce moment l'angine a complètement disparu.

Du côté des annexes, rien d'anormal, ni douleur, ni empâtement.

4 juillet. — La température remonte à 39 degrés. Le pouls est à 110.

L'état général de la malade est toujours bon. La palpation des fosses iliaques ne révèle rien de particulier.

La malade tousse un peu. On constate des râles de congestion aux bases. Pas d'albumine.

On fait un deuxième abcès de fixation.

12 juillet. — La température baisse.

17 juillet. — Elle est à 37 degrés et s'y maintient.

OBSERVATION II (Maternité de l'Hôtel-Dieu).

A. D..., vingt-cinq ans, secondipare.

Les douleurs ont débuté le 22 août 1907 à 6 heures du soir. L'accouchement s'est terminé normalement le 23 à 1 heure du matin.

Le quatrième jour après l'accouchement, c'est-à-dire le 27, la température commence à monter à 37°7.

Le 28 au soir elle est à 38°5. Elle se maintient ainsi autour de 38 degrés les jours suivants. Les *lochies* deviennent *fétides*, *l'utérus* est *douloureux*. On pratique une injection vaginale.

Le 4 septembre au matin, la température atteint 40 degrés avec un pouls à 110.

Le matin du 6, on constate sur tout le tronc une éruption généralisée et légèrement prurigineuse. La température est toujours très élevée, autour de 39 degrés.

On ne constate *aucune rougeur à la gorge*. On fait un abcès de fixation qui ne change en rien les grandes oscillations de la température.

Les lochies devenant troubles, on pratique le 9 septembre un *curage digital* sérieux suivi d'une *injection intra-utérine iodo-iodurée*. La température semble vouloir baisser : pendant les trois jours qui suivent, elle ne dépasse pas 39 degrés. Le 13, on fait un second abcès de fixation.

La desquamation commence le 14 et se fait par lambeaux larges comme une pièce de 1 franc environ.

Deux jours après, la température baisse presque complètement.

Elle atteint à peine 37°6. On perce le premier abcès et cinq jours après on perce le second.

Le 21 et les jours suivants, la malade continue d'aller vers le mieux.

OBSERVATION III (Maternité de l'Hôtel-Dieu).

B. F..., dix-huit ans, primipare.

Accouche normalement le 28 novembre 1908. La malade a passé le 2 décembre de la salle commune de la Maternité

à l'Infirmierie à cause d'une éruption scarlatiniforme. La température était de 39°8 le jour où on l'a remarquée.

Rien à signaler du côté des antécédents. La malade n'a pas été ces temps derniers en contact avec des personnes atteintes de fièvre éruptive. Elle n'a pris *aucun médicament pouvant produire de l'exanthème*.

1^{er} décembre. — La température de la malade s'élève à 38°8 sans qu'elle accuse aucun trouble particulier sauf une congestion anormale de la face.

Ni angine, ni troubles digestifs, ni céphalée.

2 décembre. — La température de la malade s'élève à 39°8. On constate une éruption à la face externe de la cuisse droite à sa partie supérieure, éruption conformée d'éléments qui, au dire de la malade sont analogues à ceux que l'on observe actuellement, mais plus colorés. On l'envoie à l'infirmierie.

Dans la nuit du 2 au 3, la malade eut un vomissement non alimentaire; le ventre n'était ni ballonné ni douloureux.

Le 3 au matin, la température est à 40°2. L'éruption s'est généralisée progressivement et reste stationnaire. Elle s'étend aux membres inférieurs en totalité, surtout à la face externe des deux cuisses et la face interne de la jambe drotie.

Elle existe également sur la face postérieure des deux bras et est constituée par des éléments maculeux de coloration rose vineux, de forme nettement circulaire, groupés par amas laissant entre eux des intervalles de peau saine.

Il existe quelques papules surélevées de colorations cuivrée. Le doigt a la sensation de granité fin par le palper des placards.

Au niveau du cou, sur la face antérieure et sur les faces latérales, et sur le sein droit, on voit sur un fond légèrement rosé des squames blanches se détachant facilement.

Au dire de la malade, cette desquamation aurait débuté le 7 au matin. Elle aurait été précédé le 6, de papules que

la malade n'aurait pas vues, mais qu'elle aurait perçues au palper.

On pratique une injection de 1 centimètre cube d'essence de térébenthine, la température étant à 40°2.

La température est tombée rapidement à 37 degrés.

Rien du côté des reins, des articulations.

L'état général est bon.

Les amygdales ne sont pas hypertrophiées.

Pas de ganglions sous-maxillaires.

Pas de dysphagie.

La desquamation a commencé vers le quatrième jour seulement vers le cou et a duré trois jours environ.

OBSERVATION IV (Maternité de l'Hôtel-Dieu).

C. D..., vingt-quatre ans, primipare.

La malade entre à l'Infirmierie de la Maternité le 7 janvier 1909 pour une éruption généralisée.

La grossesse a été mal supportée, particulièrement dans les trois premiers mois et avait amené un amaigrissement de 8 kilogrammes. La malade avait des envies fréquentes de vomir, de la modification du caractère, des crises de larmes et de rires, de l'irritabilité nerveuse.

Pendant les six derniers mois, l'état général s'est relevé : les phénomènes sympathiques ont cessé. La malade a repris 6 kilogrammes environ.

L'accouchement a eu lieu le 31 décembre 1908.

L'affection actuelle semble avoir débuté le 3 janvier 1909. Quelques petits frissons dans la nuit du 2 ou 3 avec céphalée légère.

3 janvier. — Dans la journée, la malade eut de *nombreux vomissements* avec beaucoup d'efforts. On donne une purgation saline. Depuis, on a une élévation progressive de la température. La lassitude a augmenté. Il existe une courbature généralisée. Les vomissements continuent plusieurs fois par jour.

La céphalée persiste intense.

Il y a trois jours, la malade a éprouvé une *douleur progressive à la déglutition*. La température s'élève et en deux jours atteint 39°6. Le lendemain elle est à 40°6. Elle est aujourd'hui à 40 degrés.

On a pratiqué un abcès de fixation le 7 janvier.

L'éruption a débuté il y a deux jours.

Actuellement : on note une coloration rouge diffuse siégeant au niveau des membres inférieurs, du tronc, de l'abdomen, du cou et des membres supérieurs, sauf des mains. La face est aussi respectée.

Les placards rouges sont séparés par des intervalles de peau saine. Au niveau de l'abdomen et du thorax ils sont plus rouges et plus confluent.

A l'examen de la gorge, on constate qu'elle est rouge uniformément. On perçoit en outre quelques *ganglions sous-maxillaires* douloureux à la pression.

Le pouls est à 118. Dans les urines il n'y a pas d'albumine. La desquamation a commencé à se faire vers le huitième jour et a débuté par le cou, le thorax et enfin les membres inférieurs et les membres supérieurs.

OBSERVATION V (Maternité de l'Hôtel-Dieu).

M. P..., vingt-trois ans, primipare.

La malade a accouché le 29 janvier 1909 à 4 h. 1/2 du soir d'un enfant du sexe masculin pesant 3.000 grammes.

30 janvier au soir. — La malade se plaignant de maux de tête assez violents on lui donne un *cachet d'antipyrine*. Le lendemain matin, elle s'aperçoit qu'elle présente sur la face une *coloration rouge anormale*, mais n'y attache aucune importance. L'état général excellent ne présentait aucune modification. La température était normale.

1^{er} février. — On commence à alimenter la malade et on lui donne d'abord des viandes blanches. L'éruption de la

face était devenue un peu plus foncée, mais sans modification aucune de la température ni de l'état général.

2 février. — La malade est mise au régime commun; l'alimentation était saine, et aucune des substances ingérées ne peut être soupçonnée de toxicité.

Dans la nuit du 2 au 3 février, l'éruption, qui jusqu'alors était restée localisée à la face et au cou, gagne le tronc, le thorax, l'abdomen, les cuisses. Toute la surface du corps est envahie à l'exclusion des membres supérieurs, des jambes et des pieds qui sont entièrement respectés par le rash.

Il est à noter qu'à aucun moment la malade n'a présenté de signes d'angines ni aucune modification de l'état général, pas même une céphalée, si ce n'est cependant celle qui nécessita l'ingestion d'antipyrine mais qui disparut très vite.

Durant toute la durée de l'exanthème, la température est restée normale.

Ces constatations nous permettent immédiatement d'écarter l'hypothèse d'une fièvre éruptive, et la malade mise au régime lacté est laissée dans la salle commune.

A ce moment l'éruption présente les caractères suivants :

A la face. — On a un grand placard rouge couvrant uniformément le front, les joues, le nez, le menton et le cou.

Sur le tronc. — L'éruption présente des caractères un peu différents. Elle ressemble absolument à un rash scarlatiniforme avec le picqueté caractéristique de cette affection.

En aucun point, il n'a été observé de macule ou de papule ni aucune plaque saillante.

L'apparition de l'éruption sur le tronc s'accompagne de démangeaisons violentes qui durèrent tout un jour.

4 février. — La température subit une légère ascension, mais il ne faut peut-être voir là qu'une simple coïncidence et non une relation entre cette ascension thermique et l'éruption.

En effet, l'éruption commençait à pâlir à la face où l'on voit apparaître au niveau des lèvres une légère desquamation farineuse. Par contre la malade commençait à tousser et il nous paraît plus rationnel de rattacher l'élévation thermique à la toux que la malade commence à présenter à partir de ce jour.

6 février. — La température est redevenue normale. La toux persiste, surtout fréquente la nuit. L'éruption pâlit et la desquamation s'étend.

8 février. — L'éruption siégeant à la face a disparu en totalité, faisant place à une desquamation furfuracée intense, occupant tout le visage et le cou. L'éruption du tronc commence à devenir moins visible, mais aucune desquamation n'y apparaît encore. L'état général de la malade étant excellent, sa température normale, on recommence à l'alimenter.

10 février. — L'éruption du tronc et des cuisses a disparu presque entièrement. Toutes les parties envahies sont, comme à la face, le siège d'une desquamation intense présentant les mêmes caractères.

La toux persiste, la température a subi une légère ascension. A aucun moment, les membres supérieurs et le dernier segment des membres inférieurs n'ont été pris par l'éruption.

La malade a continué à allaiter son enfant qui n'a présenté aucun trouble.

En somme, nous sommes en présence d'un érythème apyrétique ayant envahi la face, le tronc et une partie des membres inférieurs. Son évolution aurait été d'une dizaine de jours environ et en tout semblable à une éruption scarlatiniforme.

OBSERVATION VI (Maternité de l'Hôtel-Dieu).

L. D..., vingt-huit ans, primipare.

Antécédents. — Soignée dans le Service de M^r le Dr Mouisset pour une affection cardiaque. Elle a eu des œdèmes à plusieurs reprises.

La malade boîte. Elle paraît atteinte de luxation congénitale de la hanche. Au huitième mois et demi de sa grossesse, la tête du fœtus est toujours très élevée. On soupçonne un bassin rétréci. En effet, on constate que le diamètre utile est de 10 centimètres. Le promontoire est saillant. L'arc antérieur est de court rayon. On décide de mettre la malade en travail au plus tôt.

9 mars 1909. — On met une bougie de Krause. Environ dix minutes après, la malade fait les eaux. La bougie est expulsée spontanément dans la nuit. Le lendemain, on remet une bougie qui pénètre avec la plus grande facilité, mais qui est expulsée comme la première. Néanmoins, le même jour, à 10 heures du soir, les premières douleurs apparaissent fréquentes et régulières. Malgré cela, la tête assez longtemps reste un peu élevée. Les bruits du cœur fréquemment surveillés sont normaux. Brusquement on cesse de les entendre en même temps que la tête descend. L'accouchement se termine peu après normalement. L'enfant est mort : il y a un circulaire serré autour du cou. La délivrance se fait normalement.

12 novembre. — On remarque une élévation de température (38 degrés).

13 novembre. — La température est à 39 degrés.

14 novembre. — La température est toujours toujours à 39 degrés, on observe une éruption scarlatiniforme qui va se généralisant le jour suivant sur tous les téguments. En même temps, on a un gros disque d'albumine. *Pas d'angine.*

15 novembre. — La température monte à 40 degrés et arrive à 41°8 le jour suivant, où la malade succombe à une crise d'œdème aigu du poumon.

A l'autopsie on constate :

Aux poumons. — Œdème généralisé :

Le poumon droit pèse 570 grammes ; le poumon gauche 500 grammes.

Au cœur. — Symphyse du péricarde avec vestiges d'endocardite sur la valvule mitrale. Poids : 370 grammes.

Reins. — Blancs de néphrite aiguë :

Le rein droit pèse 150 grammes; le rein gauche 120 grammes.

Foie. — Gras. Pèse 1.450 grammes.

Rate. — Grosse. Pèse 370 grammes.

Léger épanchement du côté du péritoine pelvien.

OBSERVATION VII (Maternité de l'Hôtel-Dieu).

M. B..., vingt-sept ans, secondipare.

Antécédents. — A sept ans, variole bénigne.

A quinze ans, rougeole. Pas de scarlatine.

A depuis deux ans de violentes céphalées. A perdu des cheveux, mais n'a jamais eu de maux de gorge rebelles.

Actuellement. — Le jeudi 11 mars 1909, à 11 heures du soir, elle accouche normalement d'un garçon de 3.400 grammes. Le surlendemain, vers 2 heures de l'après-midi, la malade ressent un grand frisson. On lui fait prendre peu après un cachet d'antipyrine. La température est à 37°8.

Le lendemain, la température monte à 39 degrés et la malade souffre d'une céphalée intense.

Nous l'examinons pour la première fois le lundi soir, après qu'elle a été descendue à l'Infirmierie.

La coloration rouge écrevisse de la face et des bras attire le regard. Même aspect sur le tronc et la face externe des cuisses. De près, on constate un érythème diffus, formé de plaques rouges, saillantes, souvent confluentes, sur lesquelles se détachent des points plus foncés. Pas de démangeaisons.

Légère rougeur de la gorge.

17 mars. — La température tend à baisser et l'érythème à diminuer.

19 mars. — La desquamation commence par le tronc et la face et se continue les jours suivants par les cuisses et les bras.

22 mars. — La desquamation touche à sa fin, la température est à 37°8 le soir.

OBSERVATION VIII (Maternité de l'Hôtel-Dieu).

M. G..., vingt-sept ans, III^e pare.

Accouchement spontané sans incident le jeudi soir 6 mai 1909.

Le troisième jour après l'accouchement, c'est-à-dire le 9, vers minuit, la malade ressent un grand frisson avec claquements de dents, tremblement intense ayant duré une heure environ. Le lendemain 10 mai, pas de température, mais céphalée très forte pour laquelle on lui donna du pyramidon.

11 mai. — La température monte et la céphalée persiste. On constate un début d'érythème scarlatiniforme, et vers le soir un peu de rougeur du côté de la gorge.

12 mai. — L'érythème s'est généralisé. Il est très accusé à la face, sur le tronc et sur les cuisses.

Il n'y a pas de tuméfaction des amygdales. La malade éprouve une simple sensation de dysphagie.

Malgré la température qui est assez élevée, l'état général ne paraît pas très atteint.

13 mai. — Un mieux très sensible se fait sentir. L'érythème tend à diminuer, ainsi que la céphalée et la dysphagie. On fait un abcès de fixation.

14 mai. — Début de desquamation à la face.

15 mai. — L'érythème persiste encore sur le thorax et l'abdomen. Il est moins marqué aux membres inférieurs et n'existe plus à la face et aux mains.

A la face, on constate une desquamation généralisée, très nette, par fines lamelles, autour des yeux, sur les joues.

16 mai. — Au soir, la température n'est plus qu'à 38°5. L'état général est excellent.

Pas de céphalée.

A aucun moment on n'a constaté de l'albuminurie.

18 mai. — On sent dans la région iliaque gauche un empatement douloureux qui va croissant les jours suivants. On le traite par la révulsion et la glace. Malgré cela, la résorption ne se fait pas. Le pus, au contraire, semble se collecter.

1^{er} juin. — On incise la peau et les tissus sous-jacents : il s'écoule un pus jaune verdâtre, très bien lié.

OBSERVATION IX (Maternité de l'Hôtel-Dieu).

M. C..., vingt ans, primipare.

Accouchement sans incident le 11 mai 1909.

15 mai au soir. — La malade éprouve de petits frissons.

16 mai au matin. — Hyperthermie considérable.

Début d'exanthème scarlatiniforme qui se généralise le jour suivant.

La malade accuse un fort mal à la tête. L'examen de la gorge montre un érythème diffus.

18 mai. — La malade délire toute la nuit.

L'exanthème s'atténue. La desquamation commence à la face.

La température est à 40 degrés. On constate une albuminurie intense.

19 mai. — A partir de 7 heures du soir, l'état général s'aggrave, le délire est plus marqué. La mort survient à 10 heures du soir.

Opposition à l'autopsie.

OBSERVATION X (Maternité de l'Hôtel-Dieu).

M. M..., vingt-trois ans. Accouchement le 8 mai 1909.

Pas d'incidents pendant l'accouchement. Au moment de la délivrance, derrière le placenta, se trouvent 300 grammes de sang environ. L'utérus une fois vidé, aucun suintement

ne se reproduit ensuite. Mais la malade prend successivement trois syncopes entre 4 h. $1/2$ et 6 h. $1/4$. Elle est d'une pâleur extrême. Le pouls est très faible, sans être accéléré. On injecte à la malade environ 800 grammes de sérum physiologique. On lui fait boire du champagne, de la chartreuse, et enfin on lui injecte 25 centigrammes de caféine.

Pendant les jours suivants, la malade est restée un peu pâle, avec un pouls rapide (120).

Le quatrième jour après l'accouchement, on note une ascension thermique, sans frissons précurseurs et l'apparition d'un *érythème scarlatiniforme, sans angine, ni céphalée*.

13 mai. — L'érythème s'accroît. On fait un abcès de fixation.

14 mai. — On fait descendre la malade à l'infirmerie. Elle a, à ce moment, une éruption du type scarlatineux, généralisée à la face, au thorax, à l'abdomen et aux membres.

On ne constate pas de céphalée, pas de phénomènes articulaires. L'examen de la gorge montre un énanthème insignifiant.

15 mai. — L'érythème est aussi accru. L'énanthème pharyngien est plus accentué; on y remarque quelques légers exsudats blanchâtres. L'utérus paraît un peu douloureux à la pression.

16 mai. — La malade a trois vomissements jaunes verdâtres. L'exanthème diminue. Il y a une ébauche de desquamation.

17 mai. — La desquamation a lieu. On ouvre un abcès. La température baisse. Elle est autour de 38 degrés. Elle continue à baisser les jours suivants.

OBSERVATION XI (Maternité de l'Hôtel-Dieu).

M. F..., vingt-six ans, III^e pare.

Antécédents héréditaires. — Père mort, il y a quatre ans, à cinquante-sept ans, d'une tumeur de l'estomac. Mère encore vivante. Deux frères jumeaux et une sœur bien portante.

Antécédents personnels. — Réglée très jeune. Ne peut dire exactement l'âge. Régulièrement, sauf pendant une crise de rhumatisme aigu, qui obligea la malade, à seize ans, à garder le lit quelque temps. Pas de maladie dans l'enfance : ni coqueluche, ni scarlatine, ni typhoïde.

La malade entre dans le service pour albuminurie de la grossesse. Trois accouchements précédents : le premier, il y a huit ans, une fille bien portante ; quatre ans plus tard, une seconde fille encore vivante. Entre ces deux accouchements, on note une fausse couche à quatre mois, survenue pendant un effort que la malade fit pour soulever un banc, dans une école où elle était employée. Il y a deux ans, elle eut une troisième petite fille.

Les dernières règles de la grossesse actuelle remontent du 25 au 27 juillet 1908. La grossesse fut moins bien supportée cette fois-ci. Outre des vomissements, la malade accuse de fréquentes lassitudes, des points de côté persistants ; de plus, vers le septième mois, les pieds ont enflé.

La malade accouche le 9 mai. Rien à noter pendant l'accouchement, ni durant les trois jours suivants.

12 mai. — A 5 heures du soir, la malade a un grand frisson, avec claquements de dents, tremblement général, froid et sueurs. La malade a de la céphalée depuis le début de l'après-midi.

13 mai. — On note une ascension de la température et on constate un début d'érythème avec une rougeur diffuse à la gorge. Les urines sont plus rares et plus foncées et contiennent beaucoup d'albumine.

14 mai. — La malade présente un érythème scarlatiniforme typique, généralisé. L'énanthème pharyngé a diminué.

16 mai. — La desquamation commence à la face. L'albumine est moins abondante.

17 mai. — La desquamation continue. La température est presque revenue à la normale.

OBSERVATION XII (Maternité de l'Hôtel-Dieu).

M. R..., vingt et un ans.

La malade accouche normalement le 20 mai 1909. On est obligé de lui faire une petite suture du périnée. Jusqu'au 23 au soir, la malade ne se plaint d'aucun malaise, et la température est normale.

Dans la nuit du 23 au 24, elle se plaint d'insomnie, avec quelques frissons violents. Au matin, on constate une brusque ascension de température à 38°9, et l'examen de la malade montre l'apparition d'une éruption rouge, d'un type scarlatineux. Cette éruption présente son maximum au niveau du tronc, particulièrement à la face antérieure de l'abdomen. Elle apparaît à un degré moindre sur les membres.

A la face, elle est à peine esquissée.

La malade se plaint d'une céphalée légère.

L'examen de la gorge révèle la présence d'une légère rougeur au niveau du voile du palais. Il n'existe pas de dysphagie. On ne sent pas de ganglions rétro- ou sous-maxillaires. Le pouls est à 120.

25 mai. — L'éruption s'accroît et prend un aspect rouge écrevisse.

26 mai. — La desquamation commence légèrement. La température est à 40 degrés. Il n'y a pas de délire.

27 mai. — Au matin, M. le Dr Gonnet prélève 10 centimètres cubes de sang au pli du coude et l'ensemence sur agar. De même, on prélève des lochies et des mucosités pharyngées, pour les ensemençer sur agar sanguin.

Dans la soirée, la malade est prise de délire avec agitation. M. Chataud, interne du service, est appelé d'urgence

et pratique une saignée. L'état d'agitation ne paraît pas s'améliorer.

Le lendemain, à 4 heures du matin, la malade succombe.

A l'autopsie, on n'a absolument rien constaté du côté des organes génitaux. Les reins étaient un peu congestionnés. Il n'y avait pas d'œdème des poumons. La rate paraissait un peu augmentée de volume. Le foie était un foie gras.

Les cultures de sang et de mucosités pharyngées n'ont rien donné. Seuls lesensemencements de lochies ont poussé. On constatait, sur ces cultures, la résorption de l'hémoglobine autour des colonies de streptocoques.

OBSERVATION XIII

Due à l'amabilité de M. le Dr Pourtoy, de Beaulon (Allier).

L. M..., vingt-trois ans, secondipare.

Bonne santé habituelle. La malade accouche à son domicile le 30 avril 1903. Deux jours après, c'est-à-dire le 2 mai, elle se plaint de fortes douleurs de tête et accuse quelques frissons.

5 mai. — Survient un léger exanthème. Le médecin, appelé le lendemain, constate une éruption généralisée sur tout le corps, sauf aux mains et aux pieds.

L'examen de la gorge montra une rougeur intense. La langue était excessivement rouge, framboisée.

La malade ne s'est pas plaint du ventre. Les lochies étaient normales. Les urines contenaient un gros disque d'albumine.

Environ quinze jours après est survenu un délire assez violent qui nécessita l'aide de plusieurs voisins. Fait très important à noter : un de ceux-ci, qui était venu offrir ses soins, contracta au chevet de cette malade une affection semblable dont la marche aiguë l'emporta en six jours.

Vers le 17 mai, le délire de cette malade s'apaisa et la température baissa un peu.

La desquamation, qui avait commencé vers le 18 mai, dura une huitaine de jours.

Au bout de ce temps, tout était rentré dans l'ordre.

OBSERVATION XIV

Clinique obstétricale. Due à l'obligeance de M. le Dr Trillat, chef de clinique.

M. G..., vingt et un ans, couturière.

A son entrée à la clinique obstétricale, on lui fait une injection vaginale de sublimé pour la désinfecter avant l'accouchement.

A la salle des douleurs, elle accouche normalement le 20 novembre 1907.

Presque immédiatement après avoir accouché, la parturiente se plaint d'un prurit intense.

On l'examine et on s'aperçoit qu'elle a un commencement d'érythème.

Cet érythème augmente considérablement le jour suivant et s'accompagne d'un prurit qui fait horriblement souffrir la malade.

On porte le diagnostic d'érythème toxique dû au sublimé.

On examine la gorge de la malade, mais on ne constate pas le moindre exanthème.

La température est normale. Les urines ont un peu d'albumine.

22 novembre. — On examine les lochies. Comme on y trouve des streptocoques, on envoie la malade à la deuxième infirmerie le 24 novembre 1907. Elle n'en sort que le 16 décembre, après avoir desquamé comme s'il s'était agi d'une scarlatine.

CHAPITRE IV

QUELLES DONNÉES APPORTENT CES OBSERVATIONS A LA RECHERCHE DU PROBLÈME ÉNONCÉ PLUS HAUT

Parmi les nombreux cas d'érythèmes scarlatiniformes survenus dans les suites de couches et relatés plus haut, nous en avons certains qui se sont produits isolément et d'autres qui ont éclaté en série.

Notre observation I, isolée dans le courant de l'année 1907, nous paraît être une scarlatine vraie survenue chez une nouvelle accouchée.

Nous ne voyons rien qui puisse expliquer la possibilité d'une infection puerpérale, d'autre part, les symptômes caractéristiques de la scarlatine nous apparaissent dans toute leur netteté : rougeur très marquée de la gorge, ganglions sous-maxillaires, exanthème. Rien du côté des organes génitaux.

L'observation II, survenue dans le courant de la même année, semble plutôt se rattacher à une infection puerpérale. En effet, tandis que nous ne voyons rien du côté de la gorge, nous constatons des lochies fétides, un ventre douloureux et une élévation de température qui disparaissent après que l'on a eu pratiqué la désinfection de l'utérus au moyen du curage digital et de l'injection iodo-iodurée.

En 1908, le cas qui s'est produit et qui est relaté dans l'observation III paraît aussi être dû à l'action du streptocoque : c'est un cas isolé, aucun autre ne s'est montré dans l'entourage. On n'a constaté ni angine, ni troubles digestifs. Et on sait pourtant que ces deux symptômes sont l'apanage le plus fréquent de la scarlatine.

L'observation IV est de celles dont l'origine est douteuse. Bien que ce soit là un cas isolé, nous avons tout ce qu'il faut pour diagnostiquer une scarlatine véritable : depuis l'érythème bien entendu jusqu'à l'angine et aux ganglions sous-maxillaires.

Une seule chose nous fait douter, c'est de n'avoir pas vu en même temps ou les jours suivants des cas analogues se produire.

Il est bien vrai que nous avons dans l'observation V relaté le cas survenu quinze à vingt jours après. Mais dans ce dernier, l'évolution apyrétique de l'éruption, l'absence de tous les symptômes généraux permettent d'écarter toute hypothèse tendant à en faire un érythème infectieux ou une fièvre éruptive. Seule l'ingestion d'antipyrine pour calmer une violente céphalée paraît être en cause. C'est du reste sur l'avis de M. le Dr Bonnet, médecin de l'Antiquaille et dont la compétence n'est pas douteuse en dermatologie que nous affirmons l'origine médicamenteuse de l'éruption.

Un mois et demi après les deux derniers érythèmes surviennent deux nouveaux cas à la Maternité, dont l'un suivi de mort, de même le mois suivant apparaissent six nouveaux cas dont deux avec mort.

Ce serait bien là l'image d'une épidémie de scarlatine, épidémie dont le génie aurait été évidemment un peu spécial, étant donnée la présence parfois de complications du côté des organes génitaux, l'absence ou la bénignité des angines ainsi que le choix tout spécial qu'elle aurait eu pour les nouvelles accouchées. Ce choix s'expliquerait fort bien si, comme Zulzer et Offa, on est d'avis que la scarlatine a toujours besoin comme l'érysipèle d'une solution de continuité pour entrer dans l'organisme. Ce serait en somme la théorie du *locus minoris resistentiæ* qui trouverait fort bien son application chez ces accouchées dont la vulve et le vagin ont reçu tout récemment un traumatisme considérable. Cette théorie expliquerait ainsi l'absence ou la bénignité des angines et les complications génitales que nous avons observées chez nos malades.

Mais plusieurs faits très importants viennent à l'encontre de cette hypothèse : les six derniers cas apparus au mois de mai 1909 ont débuté à la Maternité vers le quatrième jour après l'accouchement. Cette durée d'incubation de trois à quatre jours est la règle dans l'infection puerpérale, tandis que celle de la scarlatine vraie est très irrégulière, variant entre deux et vingt jours.

Aucune de ces malades n'a contagionné le personnel hospitalier. Toutes ont été atteintes dans leur séjour à la Maternité. Et une fois transportées à l'infirmerie où leur affection a évolué et où a eu lieu leur desquamation si contagieuse lorsqu'il s'agit d'une vraie scarlatine, elles n'ont contaminé aucune des malades qui s'y trouvaient et offraient pourtant de par leur

état spécial un terrain tout prédisposé à la contagion. Aucune nouvelle accouchée se trouvant déjà à l'infirmerie pour une infection puerpérale quelconque n'a eu, en effet, à déplorer d'être en contact avec celles atteintes d'exanthème. Aucune n'a été prise de la même affection, ou n'a vu son état s'aggraver par le fait de ce voisinage suspect.

D'autres raisons militent aussi en faveur de l'origine puerpérale de ces érythèmes.

Certaines de nos malades ont eu soit dans le cours, soit dans les suites de leur affection des complications du côté de la sphère génitale : l'une a eu un phlegmon du ligament large qui a débuté au moment de la desquamation; deux autres ont eu des lochies fétides dont, chez l'une, l'ensemencement sur agar sanguin a montré de nombreuses colonies de streptocoques avec résorption de l'hémoglobine. De plus dans les diverses enquêtes faites aux domiciles des six dernières malades, aucun cas de scarlatine n'a été constaté dans le voisinage.

Quant à l'observation de la malade de Beaulon, il semble bien que l'on se trouve en présence d'une scarlatine véritable ayant coïncidé avec les suites de couches.

Le seul fait de cette contagion chez un homme de l'entourage est une preuve que l'on avait affaire à une scarlatine. Du reste, cette absence de phénomènes morbides du côté de l'appareil génital et l'angine très marquée avec ganglions sous-maxillaires qu'a présentée la malade sont bien là avec l'éruption et les troubles

digestifs, les symptômes cardinaux d'une fièvre scarlatine.

En 1906, dans le service de la Maternité à l'Hôtel-Dieu, trois cas d'érythèmes à type scarlatiniforme furent constatés. Il nous a été impossible de retrouver les observations de ces malades.

Toutefois d'après les renseignements que nous avons pu avoir, ces malades furent envoyées au service des scarlatineux à la Charité où le diagnostic de scarlatine fut établi avec certitude.

Il nous semble donc que pour être dans le vrai, il suffirait de cesser d'être exclusif d'un côté comme de l'autre et de tâcher de concilier les deux avis.

Nombre d'observations	Dix-huit observations, y compris les trois de 1906 et celle de la thèse de Forgues.	Morts
Scarlatines vraies	Sept	Zéro
Erythèmes scarlatiniformes d'origine puerpérale	Neuf	Quatre
Eruptions médicamenteuses	Deux	Zéro

Il est possible, en effet, que certains érythèmes survenant chez des parturientes soient de véritables scar-

latines ou des éruptions médicamenteuses ; mais il paraît aussi évident que l'infection puerpérale est capable parfois de manifester son action plus spécialement sur la peau et de créer ainsi une sorte de syndrome scarlatiniforme.

CHAPITRE V

ESSAI DE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Dans ce qui précède, on voit nettement que la question est difficile à élucider catégoriquement et d'une façon tellement affirmative que l'on n'aie pas à y revenir.

Dans les quelques observations qu'il nous a été possible de recueillir et ayant trait à des éruptions scarlatiniformes survenues chez de nouvelles accouchées, il ressort deux choses :

1° Que ces éruptions apparaissent le plus souvent dans les trois à quatre premiers jours qui suivent l'accouchement.

2° Qu'il est très difficile de savoir si on a affaire à une scarlatine vraie ou à une manifestation cutanée de l'infection puerpérale.

Quels sont alors les signes propres à fixer le diagnostic dans l'un ou l'autre cas ?

Telle est la question à laquelle nous nous efforçons de répondre dans ce qui va suivre.

Tout en déclarant l'absence de signe pathognomonique absolument certain, nous avons cru utile de mettre en relief par une analyse minutieuse ce qui, dans la symptomatologie communes des deux affections, revient à l'une plutôt qu'à l'autre.

Il est rare, en effet, que dans la scarlatine proprement dite nous n'ayions pas à relever une angine au début. « La Scarlatine est une maladie essentiellement angineuse », disait Troussau. Et bien qu'il existe des scarlatines sans angine, cette assertion du grand maître répondait bien à la majorité des faits cliniques.

On ne note rien de semblables dans les récits de ces épidémies scarlatiniformes qui sévissaient autrefois dans les maternités.

De même, dans sa thèse, Lesage insiste sur ce point qui, tout en ne pas niant la possibilité de l'angine, fait remarquer toutefois qu'elle est moins prépondérante et moins inévitable que dans la scarlatine vraie.

Mais voilà que la question s'embrouille lorsqu'on lit les derniers travaux ayant trait aux angines de la scarlatine.

Il en résulterait deux opinions : l'une considérant l'angine comme un symptôme, l'autre la considérant comme une complication de la scarlatine.

Lasègue et Cadet de Gassicourt ont bien essayé de concilier les deux opinions en distinguant l'énanthème de l'isthme pharyngé et les angines.

L'énanthème véritable symptôme de la scarlatine existerait dans tous les cas plus ou moins prononcé et plus ou moins fugace tout comme l'exanthème ; l'angine, au contraire, viendrait se greffer sur l'énanthème, ne serait pas constante et pourrait donc être considérée comme une complication.

Malheureusement, cette distinction entre l'énanthème et l'angine qui présente évidemment un très grand intérêt doctrinal ne peut pas toujours être rigou-

reusement établie. Comment différencier un énanthème intense d'une angine légère surtout lorsque l'angine se développe sur un énanthème ou lorsque l'énanthème apparaît sur une angine.

Pratiquement il est aisé de comprendre combien ce symptôme autrefois de tout premier ordre pour distinguer la scarlatine vraie de la scarlatinoïde puerpérale a baissé de valeur aujourd'hui.

La plupart de nos observations, signalent bien une rougeur de la gorge ou des amygdales; est-ce que ces phénomènes concomittants pour ainsi dire à l'éruption sont un symptôme ou une complication de l'affection? Voilà le point impossible à résoudre tant qu'on n'aura pas isolé le germe de cette fièvre éruptive.

La seule notion actuellement acquise c'est qu'on constate la présence du streptocoque dans la plupart des angines et des autres complications de la scarlatine.

Pour discuter le rôle des angines dans la pathogénie de la scarlatine, il serait encore plus nécessaire de connaître le virus scarlatin que pour préciser leur nature bactériologique.

C'est pourquoi la théorie de Bergé, bien que très séduisante reste encore hypothétique.

Cet auteur admet que la scarlatine est d'abord une lésion locale des amygdales, siégeant au fond des cavités crypteuses; l'éruption scarlatineuse, énanthème et exanthème est le résultat d'une action toxique érythémogène exercée par les poisons microbiens sécrétés au niveau des amygdales infectées. D'après Bergé, cette proposition peut être considérée comme certaine; de plus, un ensemble d'arguments divers

milite en faveur de cette opinion que l'agent pathogène de la scarlatine est le streptocoque dans une de ses modalités virulentes.

La théorie du streptocoque agent pathogène de la scarlatine a bien été plusieurs fois soutenue : par Kurth, qui a décrit un *streptococcus conglomeratus*, par Gabritchewsky qui a rapproché la scarlatine des érythèmes streptococciques et l'a presque considérée comme une forme spéciale de ces érythèmes.

Malheureusement, aucune preuve expérimentale n'a été faite pour justifier ces rapprochements.

Comme le dit fort bien Guinon, s'il existe des exanthèmes scarlatiniformes à streptocoque, aucun ne s'accompagne de desquamation de la langue et de la peau, l'évolution de la scarlatine, sa contagiosité, la durée de son incubation, la rareté des récidives sont des caractères trop spéciaux pour que ce microbe à tout faire, puisse les revendiquer. Ne pourrait-on pas encore remarquer que, dans les complications de la rougeole, le streptocoque a aussi un rôle capital et que cependant ces complications ne rappellent en rien celles de la scarlatine ?

Cette considération nous paraît prouver, autant du moins qu'un raisonnement peut constituer une preuve en biologie que les infections streptococciques de la rougeole et de la scarlatine sont des infections secondaires et qu'elles sont commandées dans leur localisations par un autre agent pathogène, agent spécifique et de rang plus élevé dans la hiérarchie microbienne. Nous devons donc considérer le streptocoque comme un élément surajouté qui complique presque toujours

la scarlatine à un degré variable. Le streptocoque est le « compagnon perpétuel de la scarlatine ». Puisque nous soutenons que la scarlatine proprement dite n'est pas le fait du streptocoque, il nous reste à savoir si les scarlatines survenant chez des parturientes sont dues au streptocoque pyogène ou sont seulement l'effet d'une coïncidence.

Nous répondrons que les deux choses sont possibles.

Il peut très bien se faire, en effet, qu'une nouvelle accouchée soit atteinte de scarlatine, comme elle pourrait l'être de toute autre maladie.

Nous ne citerons comme preuve que notre observation XIII et l'histoire de cette parturiente accouchée selon toutes les règles de l'asepsie par une sage-femme guérie tout récemment de la scarlatine, et qui eut une fièvre éruptive semblable les jours suivants. Voici du reste ce que M. Forgues dit dans sa thèse au sujet de cette dernière :

« L'exanthème observé chez notre malade ne pouvait pas être attribué à la septicémie puisque l'accouchement avait été pratiqué selon toutes les règles de l'antisepsie désirable..

« Nous rattachons plus volontiers l'éruption à la scarlatine, car l'accouchement a été commencé le 12 avril par une sage-femme guérie de la scarlatine depuis le 8 seulement, c'est-à-dire quatre jours seulement avant son intervention. Il est probable que malgré toutes les précautions antiseptiques prises, celle-ci a pu être cause de l'infection de sa cliente. De plus, les signes qui ont précédé l'éruption, tels que : vomissements, aspect violacé du fond de la bouche et

sensation de constriction de l'arrière-gorge, sont aussi de ceux que l'on trouve dans la scarlatine. »

En faveur de la seconde hypothèse, le principal argument que nous ayons est tiré de l'état des voies génitales.

Evidemment, comme nous venons de le dire, les accouchées peuvent être atteintes, surtout lors d'une épidémie, d'une scarlatine banale d'origine amygdalienne ; mais la scarlatine due à l'infection puerpérale est d'origine utéro-vaginale le plus souvent.

La porte d'entrée de l'infection se trouvant dans les organes génitaux, ces malades doivent avoir des manifestations angineuses peu intenses, et c'est, en effet, ce que l'on constate. Rarement aussi elles ont des ganglions sous-maxillaires, tandis que nous savons que c'est un fait presque constant dans la scarlatine vraie.

On observe dans la scarlatine survenant chez les nouvelles accouchées des complications qui lui sont propres : nous voulons parler des complications génitales, complications apportant en quelque sorte un caractère particulier à l'affection.

Mac Clintock, sur six cas de scarlatine puerpérale dont l'issue fut fatale, rapporte le décès de deux cas dus à une métrite-péritonite et de deux autres dus à une péritonite survenue à une période plus avancée des couches.

Meyer a noté à son tour des pseudo-membranes sur les parties génitales. Très souvent aussi on a eu à observer la sensibilité utérine à la pression. Ce fut le cas aussi pour quelques-unes de nos malades.

Comment expliquer la grande fréquence de ces

épidémies de scarlatine dite puerpérale qui sévissaient si cruellement autrefois avant les méthodes antiseptiques, soit dans les maternités, soit dans telle ou telle localité, épidémies de scarlatine puerpérale qui coïncidaient habituellement avec les fièvres puerpérales, et souvent aussi avec les érysipèles des enfants nouveau-nés ?

Tout s'expliquera, si l'on admet que cette maladie relève d'une infection génitale, et que son agent est le streptocoque pyogènes.

Du reste, à la lueur de cette théorie, d'autres faits s'éclairent aussi : on se rendra compte de suite de la rareté de cette complication chez les femmes grosses et de la durée limitée de la période d'incubation.

L'exanthème survenant chez les parturientes a une allure si irrégulière parfois qu'il semble à peu près impossible de l'identifier à celui de la scarlatine vraie. A-t-on jamais vu l'exanthème de cette maladie disparaître pour reparaître le lendemain ? C'est pourtant ce que l'on voit fréquemment chez les nouvelles accouchées qui ont de l'érythème quelques jours après. Il semble bien certain qu'en cette circonstance nous avons affaire à un érythème streptococcique, d'autant plus que cet érythème coïncide presque constamment avec une infection utérine à streptocoque, ainsi que l'ont démontré la fétidité des lochies d'une part et la bactériologie de l'autre.

D'autre part, un excellent argument qui paraît militer en faveur de l'origine streptococcique, c'est que cette prétendue scarlatine puerpérale qui est contagieuse de femmes en couche à femmes en couche ne

crée ni épidémicité, ni contagiosité chez les gens de l'entourage. Il s'agit donc là d'un érythème infectieux scarlatiniforme.

On peut en dire autant de ces érythèmes scarlatiniformes des blessés et des opérés, érythèmes quelquefois décorés improprement du nom de scarlatine chirurgicale. De ce que ces différents états ont pour agent essentiel la toxine du streptocoque, de ce que le streptocoque paraît être un des agents importants de la scarlatine, les classifications bactériologiques concernant les streptocoques ne sont pas encore assez avancées, il s'en faut, pour permettre de faire table rase de la spécificité de la scarlatine et d'autre part des érythèmes scarlatiniformes.

On sait toutefois maintenant que le streptocoque peut déterminer de véritables érythèmes sans qu'il y ait scarlatine.

« La peau avec le rein, dit le professeur Bouchard, est l'émonctoire par excellence par lequel l'organisme se débarrasse de ses produits toxiques. La polyurie et les sueurs profuses en sont une preuve. »

Ne peut-on pas admettre, pour expliquer les érythèmes, des sortes de décharges bactériennes ou de leurs produits solubles transportés par le sang et produisant des lésions cutanées ?

En effet, dans une note parue à l'Académie des sciences, le professeur Bouchard annonce qu'il existe parmi les produits solubles sécrétés par les microbes deux substances spéciales : l'*anectasine* paralysant les centres vaso-dilatateurs, l'*ectasine* favorisant leur dilatation et la diapédèse.

Il est permis de penser que le streptocoque pyogène agit de même par l'action de produits solubles sur les vaso-dilatateurs, favorise la diapédèse, la transsudation du plasma et arrive à produire les lésions anatomo-pathologiques fondamentales de l'érythème, c'est-à-dire l'hyperhémie des capillaires et, en particulier, du réseau des papilles.

Quant aux érythèmes purpuriques hémorragiques, le professeur Babès a démontré que les produits solubles de certains microbes et du streptocoque en particulier pouvaient les produire aussi.

CONCLUSIONS

I. On peut observer chez les nouvelles accouchées, soit isolément, soit en série (Maternité), des éruptions à type scarlatiniforme.

II. Ces éruptions à type scarlatiniforme paraissent pouvoir être attribuées soit à la scarlatine vraie coïncidant avec les suites de couches, soit à l'infection puerpérale engendrant des érythèmes ressemblant à de la scarlatine, ces derniers étant de beaucoup les plus fréquents.

III. La scarlatine vraie se reconnaît à :

L'existence d'angine ;

La présence de ganglions sous-maxillaires ;

La date d'apparition très variable.

Les éruptions érythémateuses d'origine puerpérale sont marquées assez souvent par :

La date d'apparition qui est constante (quatrième jour en moyenne) ;

L'absence d'angine ;
L'absence d'adénite sous-maxillaire ;
Les complications parfois du côté des organes
sexuels.

IV. L'infection puerpérale accompagnant des éry-
thèmes paraît être d'une exceptionnelle gravité.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
FABRE

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 25 juin 1909.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- GUÉNIOT, Thèse de Paris, 1862.
TROUSSEAU, Cliniques de l'Hôtel-Dieu.
LESAGE, Thèse de Paris, 1877.
LEGENDRE, Thèse de Paris, 1881.
DURAND, *Etude critique et historique sur la scarlatine puerpérale* (thèse de Paris, 1891).
MUSSY, *Erythèmes infectieux* (thèse de Paris, 1892).
FORGUES, Thèse de Toulouse, 1895.
PERDRIAT, *Erythèmes scarlatiniformes* (thèse de Paris, 1896).
NOTIN, *Scarlatine et streptocoque* (thèse de Lyon, 1901).
DIEULAFOY, *Pathologie interne*.
CHAMBRELENT, *Traité d'accouchements*.
JACCOUD, Erysipèle et scarlatine (*Gazette des Hôpitaux*, 18 juin 1891).
WURTZ, Fièvres éruptives (*Collection Brouardel et Gilbert*).
GABRITSCHESKY, Erythème streptococcique. Ses rapports avec la scarlatine (*Berlin. klin. Woch.*, 6 mai 1907).
BABONNEIX et BRELET, Angines de la scarlatine (*Gazette des Hôpitaux*, février 1909).
-

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE PREMIER. — Introduction.	7
CHAPITRE II. — Historique.	9
CHAPITRE III. — Observations	22
CHAPITRE IV. — Quelles données apportent ces observations à la recherche du problème énoncé plus haut.	39
CHAPITRE V. — Essai de diagnostic différentiel.	45
CONCLUSIONS	55
BIBLIOGRAPHIE.	57

